

UNIVERSITÉ DE GENÈVE — FACULTÉ DE MÉDECINE
Clinique Obstétricale et Gynécologique — Directeur: Professeur Dr. O. Beuttner

ETUDE

HISTOPATHOLOGIQUE ET CLINIQUE D'UN CAS DE RUPTURE
DE L'UTERUS A LA FIN DE LA GROSSESSE CHEZ UNE
FEMME AYANT SUBI LA SECTION CESARIENNE CLASSIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR
Nissim MERKADOFF
DE SOFIA (BULGARIE)

THÈSE N° 1315



SOFIA

IMPRIMERIE DE LA COUR
1929

UNIVERSITÉ DE GENÈVE — FACULTÉ DE MÉDECINE
Clinique Obstétricale et Gynécologique — Directeur: Professeur Dr. O. Beuttner

ETUDE

HISTOPATHOLOGIQUE ET CLINIQUE D'UN CAS DE RUPTURE
DE L'UTERUS A LA FIN DE LA GROSSESSE CHEZ UNE
FEMME AYANT SUBI LA SECTION CESARIENNE CLASSIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR
Nissim MERKADOFF
DE SOFIA (BULGARIE)



THÈSE N° 1315

SOFIA
IMPRIMERIE DE LA COUR
1929

La Faculté de Médecine, sur le préavis favorable de Mr. le prof.
O. Beuttner, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre
par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Geneve, le 22 Octobre, 1929.

Le Doyen

M. Roch.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION.

A MON PÈRE

HOMMAGE D'AFFECTION

ET DE RECONNAISSANCE

A MES AMIS.

Qu'il nous soit permis, au début de ce travail, d'exprimer à Monsieur le Professeur O. Beuttner toute notre reconnaissance pour les conseils éclairés et bienveillants qu'il n'a cessé de nous prodiguer durant l'élaboration de notre thèse, dont il nous a suggéré l'idée.

Nous remercions aussi Monsieur le Docteur M. Molloff, chef de laboratoire de la clinique Gynécologique et Obstétricale de l'Université de **Genève**, qui a bien voulu nous guider dans nos recherches et dont les conseils nous ont été d'un précieux secours.

INTRODUCTION.

La rupture de l'utérus au cours de la grossesse ou pendant l'accouchement chez les femmes antérieurement césariotomisées est un phénomène relativement rare. En consultant sur ce sujet les statistiques existant dans la littérature médicale nous trouvons que certains auteurs (Bell, Findley, voir à la fin de cette thèse la bibliographie) estiment à 2% sa fréquence, tandis que d'autres arrivent au chiffre de 4% (Couvelaire, Avenir obstétrical des femmes ayant subi la section césarienne portant sur le corps de l'utérus "Gynécologie et Obstétrique, Paris, 1920 T. II. N° 4). Le but de ce modeste travail n'est pas la discussion de cette divergence statistique, puisque nous ne faisons que l'étude d'un seul cas, qui, ajouté à ceux déjà connus, pourrait quand même influencer le pourcentage, mais nous voulons attirer surtout l'attention sur le mode de production de la cicatrice utérine, mode qui nous a paru particulier dans le cas qui va nous occuper.

En dehors d'une autre cause de dystocie, pouvant, non traitée à temps, provoquer la rupture de la matrice, l'imperfection de la cicatrice utérine paraît être la cause unique des ruptures utérines chez les césariotomisées. Sur ce point les opinions des divers auteurs sont concordantes. Il en est à peu près de même sur le traitement des femmes enceintes antérieurement hystérotomisées. Il nous semble cependant que dans notre cas, et dans les cas similaires, il faudrait adopter une ligne de conduite différente de celle tracée par les auteurs. Mais avant d'aborder cette question passons à la description des faits observés.

OBSERVATION.

Madame T. C. âgée de 31 ans, entrée dans le service d'Obstétrique pour Métorrhagie le 1-er Août 1920 (Observ. Obstétrique N° 634, 1920). La mère de la patiente et trois de ses frères sont atteints de bec-de-lièvre. Elle même, porteuse de ce vice de conformation, fut, à l'âge de un mois, opérée à **Berne**. En 1914 elle subit à **Genève** une opération pour palais fendu. Instauration des règles à 15 ans et demi. Règles irrégulières, très peu abondantes, fort douloureuses, d'un jour de durée. Dernières règles en Novembre 1919. Des sept grossesses antérieures, deux se sont terminées prématurément, quatre par accouchements à terme, spontanés; dans le dernier de ceux-ci la délivrance a été artificielle. Enfin, au cours de la septième grossesse elle subit à **Lausanne**, le 3 Septembre 1918, une opération césarienne abdominale classique pour **Placenta Praevia**. L'enfant était atteint de bec-de-lièvre. Des quatre autres enfants, un garçon, né avec la même difformité, est mort à l'âge de 3 mois.

Le 29. Juillet, à 3 heures, les douleurs s'établissent, très fortes et espacées. Le 1-er Août, une heure avant son entrée à la Maternité, la malade a eu un fort écoulement de sang par le vagin.

A l'examen de la patiente on se trouve en présence d'une grossesse proche du terme. A la palpation, qui n'est pas douloureuse, on sent la tête mobile au dessus du détroit supérieur, en O. I. D. T. Le fond de l'utérus se trouve à 5 travers de doigts au dessous de l'appendice xyphoïde. Au toucher le vagin est rempli de caillots, la portion vaginale est entière et l'orifice externe fermé. On ne découvre pas les bruits du cœur foetal. Les douleurs sont espacées et très faibles. La patiente est fortement agitée, très pâle, les yeux excavés, hypothermique (température axillaire 35°4). Le pouls filiforme, à peine perceptible, bat à 125 à la minute. Respiration rapide, superficielle. Pas d'écoulement de sang par le vagin.

De cet examen et malgré les douleurs, il résulte que la femme enceinte n'est pas parturiente, puisque le col existe sans trace de dilatation et surtout que derrière l'orifice externe on ne sent pas la poche des eaux. On pose le diagnostic de **Placenta Praevia** et décide de pratiquer immédiatement une opération césarienne transpéritonéale basse.

Opération. Laparotomie longitudinale médiane de la symphise pubienne à l'ombilic. L'abdomen ouvert on aperçoit l'utérus gravide baignant dans du sang liquide, qui inonde la cavité péritonéale. On pense à la possibilité d'une rupture utérine, mais ne la découvrant pas à l'inspection, on incise la paroi de la matrice, puis le placenta, et l'on extrait un enfant mort. A ce moment on aperçoit un peu à droite de l'incision utérine une déchirure longitudinale, longue de 5 à 6 cm. environ, descendant du fond de la matrice sur sa face antérieure. Dans ces circonstances et sans s'attarder à extraire le placenta, on décide de pratiquer une hystérectomie supravaginale, que l'on exécute immédiatement d'après la méthode **Kelly-Beuttner**¹⁾. Mais au cours de cette intervention la malade cesse de respirer et toutes les tentatives pour la ranimer sont restées vaines.

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION DE LA MATERNITÉ DE LAUSANNE.

Madame T. C. 29 ans, VII-pare, entrée à la Maternité le 3. Sept. 1918. Sortie le 1-er Octobre 1918. La grossesse est à terme pour fin Août. Le 15 Août pertes peu abondantes de sang par le vagin. Le 3. Sept. fortes hémorrhagies. Diagnostic après examen d'entrée: grossesse à terme, **Placenta Praevia** total. Canal cervical long de 4 à 5 cm. Orifice interne perméable pour la pulpe de l'index. Enfant vivant mais compromis (bruits du cœur lents et très sourds). Opération césarienne classique immédiate. Placenta membranacea. Sutures en trois plans au catgut continu. Durée de l'opération 33 minutes. Enfant 2940 grammes, atteint de bec-de-lièvre (hérédité très marquée pour cette malformation). Suites opératoires: guérison p. p. jusqu'au 13^e jour la température ne dépasse pas 37°8; le 14^e jour au soir 38°. Le

¹⁾ Dr. Henneberg. „Evolution de la technique opératoire de l'hystérectomie pour fibrome utérin (Gynécologia Helvetica, XVII. p. 251. 1917).

15^e jour décharge de lochies grisâtres fétides, température du soir 37°2. Le vingt et unième jour, premier lever; le 30-ième jour—sortie. L'utérus est petit, dur, mobile. indolore, rentré dans le petit bassin.

AUTOPSIE

On note: la cavité péritonéale contient 3500 cm. c. de sang liquide mélangé de caillots; anémie des organes; ancienne endocardite mitrale; périhépatite et périsplénite adhésives, goître kystique; à droite hypertrophie de l'hypophyse et enfin signes habituels de grossesse.

DESCRIPTION MACROSCOPIQUE DE LA PIÈCE.

La pièce provenant d'une hystérectomie supravaginale se compose de deux parties: l'utérus avec ses annexes et un sac ovulaire avec le placenta.

La forme de l'utérus est irrégulièrement ovoïde, aplati dans le sens antéro-postérieur. Sa hauteur, de la tranche cervicale au fond, mesure 13 cm., sa largeur—de l'incision d'une trompe à celle de l'autre, mesure 10 cm. Son épaisseur, d'une face à l'autre sur la ligne médiane, mesure 8 cm. (Ces mesures, étant prises après quelques jours de durcissement de la pièce dans du formol à 4‰, sont naturellement plus petites que celles à l'état frais). Sur la face antérieure on constate deux solutions de continuité qui mènent toutes deux dans la cavité utérine. L'une est médiane et s'étend verticalement du fond de la matrice jusqu'au milieu de sa face antérieure, mesurant 6 cm. de longueur sur 5 cm. de largeur dans sa partie moyenne; ses bords, très épais, sont déchiquetés au niveau de la séreuse.

L'autre solution de continuité siège entre la première et le bord gauche de l'utérus. Sa direction est verticale, par conséquent parallèle à la première, et s'étend de la corne utérine gauche à 2 cm. au dessus de la section chirurgicale du col. Sur un trajet de 4 cm. de haut en bas ses bords sont irréguliers, tandis que dans le reste du trajet ils se juxtaposent sans perte de substance (incision chirurgicale). Sa longueur totale est de 10 cm., sa largeur à la partie moyenne—5 cm. Comme cette incision a été pratiquée sur la ligne médiane, il résulte que l'utérus gravidé a



L'utérus vu par sa face antérieure: on voit la section chirurgicale (au milieu) et la rupture (en haut et à droite)

été fortement tordu de gauche à droite, de sorte que son bord gauche correspondait presque à cette ligne.

Ces deux solutions de continuité sont séparées l'une de l'autre par un pont de tissu utérin large de 2 cm. Dans leur fond on aperçoit une substance rouge-brune spongieuse (restes placentaires). Ces derniers s'attachent même sur les bords de la plaie résultant de la rupture utérine. Cet aspect donne l'impression comme si la cicatrisation de la plaie utérine, après l'opération césarienne d'il y a deux ans, ne s'est effectuée qu'au niveau de la séreuse et que les bords musculaires et muqueux se sont écartés, formant ainsi une sorte de gouttière, dans laquelle une partie du placenta s'est inséré. A l'extérieur la surface utérine est lisse, rose, par place bleuâtre et violacée. La séreuse est par endroit ridée. Les rides, provenant sûrement d'un plissement du péritoine à la suite de la retraction de la matrice, ont une direction transversale.

La surface intérieure est irrégulière, grossièrement mamelonnée; par-ci par-là elle donne attache à des restes placentaires. On trouve ceux-ci surtout sur la paroi antérieure et le segment inférieur, voire même sur l'orifice interne. L'épaisseur de la paroi utérine varie suivant les différents endroits: de 1 cm. $\frac{1}{2}$ au niveau du segment inférieur, elle va jusqu'à 2 cm. $\frac{1}{2}$ au niveau du fond. Les annexes et ligaments ronds ne présentent, à part une hypertrophie gravidique, rien de particulier. Le corps jaune de la dernière grossesse siège dans l'ovaire droit.

Dans l'arrière-faix on découvre deux gâteaux placentaires complètement séparés l'un de l'autre. Le plus gros, portant l'insertion funiculaire, est irrégulièrement circulaire, avec un diamètre mesurant en moyenne 15 cm. Il est divisé en deux morceaux par une déchirure qui intéresse la substance placentaire et les membranes ovulaires. Comme il n'existe pas d'autre déchirure, celle-ci est certainement celle à travers laquelle a été extrait l'enfant. Le placenta n'a donc pas été déchiré au niveau de la rupture utérine. Le plus petit est régulièrement circulaire, ayant un diamètre de 10 cm. Ces deux masses placentaires sont réunies l'une à l'autre au moyen de 4 gros vaisseaux cheminant dans les membranes ovulaires. Le plus court de ces vaisseaux, mesurant la plus petite distance entre les deux placentas, est long de 5 cm. Si on remet le placenta à sa place dans la cavité utérine, ce qui est rendu facile en superposant l'incision de

l'utérus à celle du placenta, le petit placenta succentarié s'adapte au segment inférieur au dessus de l'orifice interne, formant ainsi un placenta praevia central (total), et le gros vient se placer dans le fond, en empiétant sur la face antérieure. Le diagnostic de Placenta Praevia central se trouve ainsi justifié.

DESCRIPTION MICROSCOPIQUE DE LA PIÈCE.

L'examen microscopique a été fait sur des coupes transversales (horizontales), prélevées sur la paroi antérieure de l'utérus au niveau des lèvres de la rupture, à différentes hauteurs.

L'aspect microscopique de toutes les coupes étudiées est identique. La plaie récente ne porte que sur la séreuse et une très mince couche de la tunique musculaire sous-séreuse. Plus en dedans, les lèvres de la brèche, constituée par la presque totalité de l'épaisseur du muscle utérin, sont anciennes, puisque sur elles prennent insertion de nombreuses villosités placentaires. Celles-ci arrivent jusque dans la séreuse après avoir traversé la mince couche cicatricielle sous-séreuse. Au voisinage de l'ancienne brèche on constate la présence de cellules décíduales dans des crampons de placenta maternel, des masses hémorragiques, de la fibrine englobant des globules rouges et des globules blancs, des masses cyncitiales et des villosités choriales. Les fibres musculaires striées au delà ne présentent rien d'autre de particulier qu'une hypertrophie gravidique habituelle.

Au voisinage des lèvres de la plaie récente, c.a.d. dans la cicatrice imparfaite de l'opération césarienne pratiquée il y a deux ans, les fibres musculaires sont peu nombreuses, constituées de faisceaux très grêles englobés dans un tissu conjonctif plus dense et plus abondant qu'à l'état normal. L'hypertrophie de ces fibres n'est pas aussi marquée que celle des fibres des couches plus profondes ou de celles situées plus en dehors des lèvres de la rupture.

DISCUSSION.

Nous ne voulons envisager ici que les faits ayant des traits communs avec notre cas. Nous lancer dans des considérations d'ordre général nous semble tout à fait superflu, étant donné qu'on a suffisamment écrit sur la variété de rupture utérine qui nous occupe. La littérature assez fournie à ce sujet, consignée à la fin du travail de Findley, en fait foi. (Voir bibliographie).

La rupture utérine au cours de la grossesse ou pendant l'accouchement chez les femmes antérieurement césariotomisées, en dehors des cas où elle a pour cause un autre facteur dystocique, tel que bassin rétréci, présentation transversale, tumeur pelvienne ou utérine etc., est attribuée unanimement par tous les auteurs à l'imperfection de la cicatrice utérine. Il est bien entendu qu'imperfection de la cicatrice et dystocie d'une autre nature ne s'excluent pas mutuellement, mais peuvent agir simultanément pour provoquer, et plus facilement alors, une rupture de la matrice gravis.

L'implantation du placenta dans la région de la cicatrice a été rangée parmi les causes provoquant la rupture utérine. On peut l'admettre à la rigueur, mais ce n'est pas là une cause directe. En présence d'une cicatrice parfaite nous ne croyons pas que ce facteur soit suffisant pour provoquer à lui seul la rupture; il facilite cependant singulièrement sa production quand la cicatrice est défectueuse.

Qu'entend-t-on par cicatrice imparfaite? Pour répondre à cette question voyons d'abord quels sont les caractères d'une cicatrice parfaite. Une telle cicatrice est souvent difficile à découvrir macroscopiquement, voire même microscopiquement, quand la cicatrisation s'est effectuée non pas uniquement au dépens du tissu fibreux, mais aussi par régénération des éléments musculaires. Pour obtenir une cicatrice impeccable il faut donc juxta-

poser exactement les différents plans lors de la suture : la qualité d'une suture dépend plus de la manière dont on l'exécute que du matériel employé (Bum et Olshausen). L'épaisseur d'une bonne cicatrice doit égaler ou à peu près celle de la paroi utérine sur laquelle la suture a été pratiquée. Cependant il y a des cicatrices qui, comme nous le verrons dans la suite, quoique épaisses, sont de mauvaise qualité. Le siège et la direction de la cicatrice exercent aussi une influence importante sur sa qualité. Sur ce point les opinions diffèrent suivant les auteurs; mais comme la question n'a aucune importance pour le cas qui nous occupe, nous la mentionnons simplement sans insister davantage. Enfin une cicatrice en bon état de guérison ne doit être adhérente ni au péritoine pariétal ni aux organes avoisinants. (Ce dernier point est susceptible de la même remarque que l'insertion du placenta sur la cicatrice. On a incriminé surtout les cicatrices sur la paroi antérieure dans les opérations césariennes extrapéritonéales ou transpéritonéales basses, cicatrices qui adhèrent facilement au péritoine pariétal antérieur. Dans ces cas nous croyons qu'avec une cicatrice imparfaite les adhérences sont peut-être susceptibles de faciliter une rupture. Mais quand la cicatrice est bonne il faut chercher l'explication du mécanisme de la rupture dans un autre phénomène : les choses se passeraient ici comme cela arrive quelquefois avec les matrices ventrofixées sans avoir été utérotomisées).

Les cicatrices imparfaites peuvent être minces ou épaisses. Les premières, constituées au début par du tissu conjonctif, s'amincissent ensuite pour devenir fibreuses quand la cicatrice se retracte. Il est évident que de telles cicatrices n'ont point la résistance du tissu musculaire et peuvent difficilement résister à la surdistension de l'utérus gravide ou aux contractions utérines. Les secondes résultent d'une suture défectueuse. Des espaces morts sont restés entre les lèvres mal rapprochées de la plaie, qui ont donné lieu à la formation d'hématomes, lesquels en s'organisant plus tard, sont remplacés par du tissu fibreux qui rend la cicatrice moins résistante. Dans d'autres cas des lambeaux de la muqueuse recroquevillée ont été inclus lors de la suture dans le plan musculaire; ceux-ci dans une conception nouvelle, en subissant les modifications gravidiques de la muqueuse, c'est-à-dire en formant du tissu décidual dans l'épaisseur de la cicatrice, contribuent à diminuer sa résistance.

Un autre facteur, à part la suture défectueuse de la plaie utérine, qui joue un rôle important dans la production des cicatrices imparfaites, est la souillure de la plaie au cours des suites de couches fébriles: souillure qui empêche la guérison par première intention et la cicatrisation par granulation donne une cicatrice peu résistante.

Dans notre cas, comme il résulte des descriptions macro et microscopiques, la cicatrice est tout ce qu'il y a de plus imparfait. D'abord elle est mince, mais ce n'est pas une cicatrice amincie, portant primitivement sur toute l'épaisseur de la paroi utérine. La minceur de notre cicatrice est pour ainsi dire primitive, car elle s'est formée seulement au dépens de la séreuse et d'une couche mince du plan superficiel de la tunique musculaire sous-muqueuse. Et ici la cicatrisation est histologiquement parfaite, puisqu'elle s'est faite avec régénération des fibres musculaires lisses. Plus profondément il n'y a pas eu de cicatrisation, les lèvres de la plaie sont restées écartées, formant une espèce de gouttière dans laquelle le placenta s'est insinué. Cet écartement de la plaie constitue dans notre cas la défectuosité de la cicatrice, défectuosité qui, combinée à l'implantation du placenta à cet endroit, a été la cause de la rupture utérine.

La non coalescence de la plaie utérine a eu certainement pour cause la souillure par les lochies en rétention dans la cavité utérine, facilitée peut-être par la suture au catgut continu. Une suture à points séparés dans les plans profonds aurait probablement donné une meilleure cicatrice.

* * *

Quelle doit être la conduite de l'accoucheur en face de femmes enceintes ou parturientes antérieurement utérotomisées? Palmer **Findley**, dans un travail intitulé „Ruptur of the cesarien scar“, (The American Jornal of Obstetrics, 1914, vol. LXXIV.), arrive aux conclusions suivantes:

1. Une cicatrice d'opération césarienne parfaitement guérie peut résister aux accouchements ultérieurs. Mais comme la résistance présumée de la cicatrice utérine est un facteur cliniquement difficilement appréciable, il est bon d'être prudent au cours des grossesses ultérieures.

2. Les facteurs qui empêchent la parfaite cicatrisation proviennent d'abord de ce qu'on a négligé, lors de la fermeture de la plaie utérine, les principes de sutures proposés par **Saenger**, et ensuite par infection de la plaie utérine.

3. La **Gonorrhée** latente étant le plus souvent la source d'infection pour la cicatrice, la guérison parfaite reste toujours incertaine.

4. Dans les cas où l'opération césarienne est suivie de suites fébriles, la cicatrice utérine doit être considérée comme suspecte et nécessite une intervention chirurgicale au début de la parturition.

5. Dans les cas d'infection certaine l'hystérectomie doit remplacer ou suivre, suivant les cas, l'opération césarienne conservatrice.

6. Les incisions transversales du fond, les césariennes vaginales et extrapéritonéales n'ont pas diminué la possibilité de rupture dans les grossesses ultérieures, mais elles ont augmenté les cas hasardeux.

7. La possibilité de rupture ne justifie pas la stérilisation, mais doit nous rendre méfiants pendant les grossesses ultérieures, qui doivent être étroitement surveillées, de préférence dans un hôpital ou clinique, et souvent le travail doit être provoqué prématurément s'il existe une autre cause de dystocie ou si l'on arrive avec certitude au diagnostic d'une cicatrice défectueuse.

Bell (John Norval) (v. bibliographie) conclut:

1. Une femme qui a subi l'opération césarienne est toujours sous la menace d'une rupture de l'utérus au cours d'une grossesse ultérieure et devrait être strictement observée les derniers mois de la gestation.

2. Dans les cas de suites opératoires afébriles on peut permettre à la femme enceinte d'arriver au terme de la grossesse, à la condition qu'elle passe les derniers mois de la gravidité dans une clinique, autrement il vaut mieux anticiper le travail de deux semaines.

De tout ce qui précède il s'en suit que, dans sa conduite, l'accoucheur doit se guider d'après la qualité de la cicatrice. Malheureusement il n'est pas aisé de savoir avec certitude quel est l'état de la cicatrice. „Le seul élément d'appréciation de l'état de la cicatrice est le toucher intra-utérin direct, soit lors d'une césarienne itérative, soit à la suite d'un accouchement

spontané, où l'exploration intra-utérine de la cicatrice, combinée au palper abdominal, devra être pratiquée pour établir la conduite à tenir lors d'une gestation ultérieure". (**Couvellaire**, travail déjà cité).

Il est clair qu'en présence d'une cicatrice parfaite l'accoucheur n'a pas à intervenir plus souvent que dans les cas à utérus normal. Mais quand la cicatrice est présumée défectueuse, et elle l'est presque à coup sûr dans les cas fébriles, comme dans le nôtre, il nous semble que la surveillance, même la plus étroite, pendant les derniers mois de la gestation, préconisée par les auteurs, n'est pas suffisante. A quoi servirait une surveillance si on ne peut pas intervenir dès les premiers symptômes allarmants prodromiques d'une rupture? En effet ceux-ci manquent le plus souvent et cela est facile à comprendre; car une cicatrice amincie ou telle que dans notre cas, n'étant pas résistante, peut éclater par le fait de la simple distension gravidique de la matrice ou dès l'apparition de la première contraction utérine, sans crier gare, sans le moindre symptôme prémonitoire.

En prenant en considération que, d'après les statistiques établies, 75 % des ruptures se produisent dans des cas semblables, et 75 % étant une mortalité effrayante, n'est-il pas plus rationnel, au lieu d'établir des règles, de laisser la femme ayant eu des suites fébriles après son opération césarienne, disposer elle-même de son avenir obstétrical? Si, pour avoir un enfant, elle désire courir les risques d'une grossesse à terme, on la placera pendant les derniers mois de la gestation, comme dit **Couvellaire**, dans des conditions telles, qu'elle puisse être opérée d'urgence, si besoin est. Et dans les cas d'une césarienne intégrative on pourrait profiter de supprimer la cicatrice vicieuse par une résection. La femme qui ne veut pas courir ces risques doit éventuellement pouvoir bénéficier d'une interruption de la grossesse au début de celle-ci, voire même de la stérilisation.

BIBLIOGRAPHIE.

Bell (John Norval) Ruptur of the uterus in cesareanized women, etc.
American Journal of Obstetrics. 1914, vol. LXXIV. № 6. p. 950.

Couvellaire. „Avenir obstétrical des femmes ayant subi la section césarienne portant sur le corps de l'utérus“ Gynécologie et Obstétrique, Paris, 1920. T. II. p. 225.

Findley P. „Ruptur of the cesarian scar“ American Journal of Obstetrics, 1914. vol. LXXIV. № 3.

(A la fin de ce travail est enregistrée la littérature complète concernant la question de la rupture utérine chez les femmes antérieurement utérotomisées).

Thelin. „Le traitement du placenta praevia“. Revue médicale de la Suisse Romande, 1921. № 2. p. 65.